Ann. Soc. belge Méd trop.
1995, 75 (Suppl. 1), 13-25

L'APPRENTISSAGE DANS LA FORMATION D'ADULTES

Le cas de la formation des médecins généralistes

par

A. BURON[1], J.-P. UNGER[2] & W. VAN DAMME[2]

[1] Centre pour la formation et l'intervention psychologique, Avenue Gribaumont 153, B-1200 Bruxelles, Belgique.

[2] Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique.

Résumé — Cette communication présente un cadre analytique de la formation des adultes, illustré par des exemples tirés de l'enseignement aux médecins généralistes. Les référents théoriques cherchent à expliciter la démarche du formateur, celle des apprenants et certaines modalités d'interaction entr'eux. L'article analyse les conditions d'efficacité des formations visant à doter de compétences nouvelles des acteurs qui vont les utiliser directement dans leur profession. Il analyse aussi le groupe en formation, et plus particulièrement les relations pédagogiques, les contenus et les motivations. L'observation du cadre institutionnel permet d'éclairer les interactions entre formateurs et apprenants, le rôle de la hiérarchie et celui du lieu de formation. L'analyse du cadre politico-administratif envisage les politiques de formation au plan régional et national.

Le cadre analytique du savoir, proposé par Malglaive, distingue le savoir théorique, procédural, pratique et le savoir-faire. Ce cadre analytique et la théorie de Piaget sont appliqués ici à l'apprentissage des généralistes, plus précisément à l'articulation entre ces quatre types de savoirs, à leur mode d'acquisition et à leur utilisation. La théorie de Piaget montre que l'apprentissage passe par une séquence équilibration-déséquilibration-rééquilibration, qui décrit le rapport dialectique entre le sujet et le réel qu'il doit s'approprier.

L'action de formation se déroule dans un environnement humain et s'inscrit dans une histoire. A l'aide de la grille élaborée par Marcel Lesne et des travaux de Jacques Piveteau, l'article caractérise les actions de formation par rapport à ses effets sociaux et par rapport aux modes pédagogiques: transmissible à orientation normative, incitatif à orientation personnelle et appropriatif centré sur l'insertion sociale.

Introduction

Cette communication a pour but de présenter un cadre théorique qui peut servir de référent à la formation des adultes. Il est illustré par des exemples extraits de l'enseignement pour médecins généralistes cliniciens ou praticiens de santé publique.

1. Ces référents théoriques cherchent à expliciter la démarche du formateur ou des apprenants et certaines modalités d'interaction entr'elles dans le cadre d'une formation particulière. Comme tous les modèles, ils n'ont d'autres buts que d'aider les formateurs à analyser et comprendre une réalité dont la complexité dépasse celle d'une théorie.

2. Cet exposé analyse les conditions d'efficacité des formations organisées pour doter de compétences nouvelles des acteurs directement impliqués par l'utilisation de celles-ci dans leur institution professionnelle. Il peut s'agir de la formation initiale de l'étudiant en médecine, mais non des formations individuelles suivies en dehors du cadre institutionnel se rattachant à leur

travail, comme par exemple, un médecin qui déciderait de sa propre initiative de suivre un cours d'acupuncture en dehors des heures de travail.

A partir d'une recherche bibliographique, quatre points sont développés ici : les niveaux d'analyse, les types de savoir, un modéle d'apprentissage et la fonction sociale de la formation

Les niveaux d'analyse

Un événement, un acte peuvent être compris et interprétés différemment suivant le contexte dans lequel on les situe. Jean Donnay (1) analyse les situations de formation à trois niveaux :

1. Le microsystème : le groupe en formation.

L'analyse porte sur les interactions entre formateur et apprenants, la relation pédagogique, les contenus à transmettre, la motivation, etc.

Les apprenants peuvent être des généralistes d'une même institution (un centre de santé par exemple) ou au contraire venir de structures diverses. Une certaine hétérogénéité des lieux de travail permet de confronter des expériences différentes, de faire surgir des solutions distinctes à des problème identiques, de neutraliser des objections défaitistes à des propositions de changement. Mais si elle devient trop importante, cette hétérogénéité peut devenir contre-productive : associer dans un groupe d'apprenants des généralistes et des spécialistes hospitaliers ou confier à des spécialistes l'entièreté d'une formation destinée à des généralistes génère des connaissances inappropriées pour leur pratique. Les valeurs prédictives des signes, par exemple, sont fonction de la prévalence d'une maladie. Or on sait que cette prévalence varie en fonction de la population qui consulte, très différente selon que l'on considère un hôpital ou un centre de santé. L'aura de supériorité qui entoure le spécialiste entrave le dialogue et ne permet pas à l'enseignant — un spécialiste qui n'a pas l'expérience de l'approche globale du patient — de tirer parti de celle du généraliste.

2. Le mésosystème : le cadre institutionnel. L'observation porte sur les interactions avec les collègues formateurs ou apprenants, la hierarchie, les subordonnés, le lieu de formation, le financement...

Le statut du formateur est important en matière de formation des médecins car la remise en cause des attitudes cliniques n'est jamais facilement acceptée, tout comme l'aveu d'une ignorance — à cause des conséquences implicites, graves, que cette carence peut avoir pour le patient mais aussi pour des raisons de prestige. Ce statut peut être assuré par l'âge, par une expérience supérieure, par une formation plus complète que celle de l'apprenant. Il est indispensable qu'il existe un gradient de connaissance entre l'enseignant et l'apprenant. Ce gradient devient difficile à assurer dans de nombreux pays en développement à cause de nominations très politisées ou d'attributions de poste fondées sur une logique parentale ou clanique.

Dans les pays en développement, de nombreux bailleurs de fonds ont financé des programmes de formation pour généralistes des services publics. Pour ces agences de coopération, l'enjeu est la réussite des activités qu'elles

jugent prioritaires. Pour les apprenants, cette multiplication de séminaires leur apporte des revenus complémentaires d'une importance non négligeable. Ce système est pervers parce que

— les agents sont payés pour travailler moins (la « séminarite aigue »);

— l'enseignement n'est pas intégré, et ses composantes, souvent contradictoires.

Comme le montrent ces exemples, la sanction de la formation dépasse largement le contexte du cours.

3. Le macrosystème: le cadre politico-administratif. On envisage les politiques de formation au plan régional, national voire même au-delà.

Le cadre politico-administratif est un élément clé pour la conception des programmes de formation continue à l'intention des médecins travaillant dans le secteur public. Lorsqu'il existe des résistances au changement au niveau central des ministère de la santé, il est parfois indiqué de commencer une formation en santé publique dans les districts, sur le terrain, plutôt que de former des formateurs. Cette approche permet d'introduire des modifications dans une organisation du travail par la base, en même temps que l'on modifie les conceptions que les agents se font de leur responsabilités. Ultérieurement, ils pourront réorienter la politique de santé faite au niveau central. Cette approche a été celle utilisée au Sénégal par le projet de Thiés (2).

La formation en cours de carrière des médecins généralistes pose de nombreux problèmes:

— certains diplômes favorisent l'émigration des cadres;

— les formations peuvent conférer aux généralistes une reconnaissance qui n'est pas corroborée par leur expérience;

— les formations suscitent des exigences en matière de carrière, que les ministères de la santé sont incapables d'assumer.

Au plan pratique, cette grille attire notre attention sur deux facteurs de motivation:

1. Pour bien des formateurs, l'horizon s'arrête au mur de leur salle de cours; ils se focalisent sur les matières à apprendre en « oubliant » qu'eux et leurs étudiants sont insérés dans une société, que cette formation s'inscrit dans un certain contexte socio-économique et culturel, et donc que la prise en compte de l'amont et de l'aval du cours sont aussi importants que son contenu pour comprendre l'intérêt des participants.

Cette remarque a des implications claires pour les programmes de formation à l'intention des généralistes:

— il est utile de confronter les connaissances théoriques à l'observation des phénomènes réels, plus particulièrement de la pratique clinique;

— on peut aussi tirer parti de la conception de plans d'action, de protocoles de recherche action ou d'évaluation à l'occasion d'un cours de santé publique pour prolonger l'action d'un programme de formation dans la pratique professionnelle du participant.

2. En formation d'adultes, le souvenir que chacun garde de son passage à l'école joue un rôle non négligeable. Certains formateurs se comportent en

«professeur» et leurs apprenants en «élève»; les uns et les autres reproduisent plus ou moins consciemment des modèles appris en formation initiale, les premiers cherchant à imiter un professeur qu'ils ont appréciés, les autres retrouvant une mentalité d'étudiant trop soumis ou trop rebelle. En d'autres termes, à l'occasion de cette formation, on a tendance à réactualiser des souvenirs anciens connotés affectivement qui interfèrent avec les comportements actuels.

Par contre, les stages cliniques ou de santé publique et les groupes Balint (3) qui font appel à l'expérience des participants et qui favorisent les échanges horizontaux entre apprenants, favorisent davantage le travail d'équipe ainsi qu'une attitude au travail et un leadership démocratiques (4).

Les types de savoir

Après avoir situé la relation formateur-apprenant dans son contexte, nous décrivons ici les types de savoirs qui favorisent l'acquisition de compétences nouvelles. Traditionnellement, on en distingue trois types: le savoir ou les connaissances théoriques, le savoir-faire ou l'habilité pratique et le savoir-être ou les attitudes mises en oeuvre. Malglaive (5) propose un cadre théorique plus élaboré: il distingue le savoir théorique, procédural, pratique et le savoir-faire. Illustrons les par un exemple paradigmatique, celui de la stérilisation du matériel chirurgical. Le savoir théorique pertinent à la stérilisation relève de la microbiologie et de la physique. Le savoir procédural est celui qui est requis pour élaborer une instruction écrite décrivant, étape par étape, la stérilisation de ce matériel avec un poupinel. Le savoir-faire consiste en la capacité d'exécuter une stérilisation, en suivant ces instructions. Le savoir pratique permet de décider quelle procédure de stérilisation utiliser dans un contexte donné (formol, solution de permanganate ou poupinel) ou comment adapter la procédure quand on utilise un nouveau matériel.

1. Le **savoir théorique** fait connaître les lois d'existence, de constitution et de fonctionnement du réel. C'est la théorie, importante pour la connaissance du réel, mais qui n'est pas utilisable directement. L'essentiel de la formation de base du médecin s'y retrouve: biochimie, physiologie, pathologie respiratoire ou cardiaque. Il faut insister sur le fait que même un cours de pathologie n'est pas utilisable directement. Prenons l'exemple de la tuberculose. Les livres de médecine interne présentent les plaintes du tuberculeux, les observations faites à l'occasion d'un examen clinique, les résultats des examens de laboratoire demandés et enfin le traitement. En réalité, si le généraliste devait attendre qu'un patient présente tous les signes et symptômes de la tuberculose (état de fatigue, amaigrissement, sudations nocturnes, hémoptysie) le pronostic se serait fort détérioré. En pratique, dans les pays en développement, il faut songer à cette maladie en présence de toute toux qui dure depuis plus de 15 jours. La réorientation du savoir médical vers la décision est une priorité pour réorganiser le système nosologique des enseignants.

2. Le **savoir procédural** formalise les enchaînements d'opérations à respecter pour réaliser l'objectif poursuivi. Il nous transmet le mode d'emploi, c'est-à-dire la succession des actes à accomplir pour réussir une tâche. Les

instructions écrites qui décrivent une activité médicale (consultation prénatale, prise en charge des hypertendus) sont des exemples de savoir procédural. En médecine générale, leur rédaction consiste à répondre aux questions concrètes qui se posent au médecin en charge d'un malade dont la pathologie est complexe: quels sont les signes qui justifient une suspicion? quels sont les examens minimums qui justifient une mise en traitement? quand faut-il faire des examens de contrôle? quels sont les critères qui justifient que l'on arrête le traitement? quelle est la succession des étapes diagnostique et thérapeutique en fonction de l'évolution de la pathologie? Un flou artistique caractérise les réponses apportées à ces questions par les ouvrages classiques de médecine. Pour un généraliste responsable du fonctionnement d'un district sanitaire, ces stratégies doivent aussi concerner la gestion des ressources financières, humaines, ou pharmaceutiques.

3. Le **savoir-faire** est transmis par l'expérience. Il s'agit du «tour de main», d'habiletés, d'automatismes non reliés à une théorie. C'est le «fais comme moi» que l'apprenti reproduit en observant son maître sans pouvoir expliquer le pourquoi. Une ponction lombaire, l'incision d'un panaris, un tamponnement arrière nasal, la pose d'un dispositif intra-utérin sont des exemples de situations cliniques courantes où le savoir-faire est nécessaire et suffisant. Ce sont aussi des exemples de savoirs-faire que les généralistes belges sont de moins en moins capables de réaliser parce que leur formation de base n'a pas défini ces actes comme des objectifs pédagogiques explicites et que l'augmentation de la population médicale réduit les occasions de les exécuter pendant les études. De même, une intubation, une césarienne, une cure de grossesse extra-utérine, sont des interventions qui exigent aussi un tour de main et que devraient savoir réaliser les médecins généralistes ouest-africains. Par extension, on peut inclure dans cette catégorie l'exécution des instructions et donc des gestes pratiques dont on peut expliquer le pourquoi.

4. Le **savoir pratique** est celui qui permet de choisir une procédure connue dans un contexte nouveau ou encore d'élaborer une procédure nouvelle à partir de connaissances théoriques. La santé publique enseigne aux organisateurs des services de santé comment élaborer des stratégies et des instructions écrites dans des contextes distincts, où le niveau de ressources, le profil épidémiologique et les comportements des populations sont différents. Un spécialiste en santé publique devrait donc avoir un rôle à jouer dans la traduction d'une théorie médicale en procédure clinique.

Malglaive définit deux modes d'acquisition du savoir: les voies symbolique et matérielle. La **voie symbolique**, constituée des cours, conférences, lectures, exposés, donne accès aux savoirs théoriques et procéduraux. La **voie matérielle** introduit aux savoirs par les exercices, apprentissages par observation ou essais et erreurs. Il n'est pas évident d'associer de manière univoque la transmission d'un type de savoir à un mode d'acquisition en médecine. L'enseignement de la santé publique, par exemple, devrait mettre l'accent sur le savoir pratique mais prendre en considération les quatre savoirs. Son enseignement emprunte surtout le mode symbolique pour la théorie, pour le savoir pratique et pour le savoir procédural. Quant à la voie matérielle, elle est utile pour transmettre des procédures gestionnaires ou pour enseigner la mise en oeuvre d'activités médicales complexes normali-

sées (la consultation prénatale par exemple). Elle s'acquiert entre autre au cours des stages. Il faut donc comprendre l'association entre savoir et mode d'acquisition de manière très souple. En tout état de causes, l'articulation entre ces quatre types de savoirs et leur utilisation en les combinant donne ce que Malglaive appelle le «savoir en usage».

A partir de ces concepts, on peut dégager trois réflexions pratiques en formation d'adultes.

1. Le formateur, surtout s'il est académique, aura tendance à transmettre un savoir théorique et procédural comme si l'apprenant venait avec un «cerveau vide et disponible». Or l'adulte en formation peut vivre deux types de situations: soit, il vient pour apprendre à résoudre des problème et attend un savoir-faire puisque celui qu'il maîtrise ne convient pas; soit, il a déjà un savoir faire et même sa théorie personnelle élaborée à partir de son expérience et des formations antérieures. Dans ce cas, après son stage, le formé repartira sur le terrain, soit déçu de ne pas avoir obtenu la réponse qu'il attendait, soit même «enrichi» et capable de redire l'enseignement reçu tout en affirmant que «cela est très intéressant mais inapplicable dans son cas»; et donc peu désireux de modifier sa pratique.

Les savoirs théorique ou procédural, d'ordre cognitif, sont trop souvent inadaptés aux préoccupations d'adultes confrontés à des problèmes complexes ou en état «d'inappétence»! Par contre, un formateur qui se limite au seul savoir-faire facilite la résolution de problèmes ponctuels, favorise la reproduction mais ne permet pas l'adaptation des connaissances aux différents contextes. D'où l'importance du savoir pratique en andragogie (et en santé publique) et la nécessité de combiner les différentes formes de savoir pour obtenir une certaine efficacité pédagogique.

L'amélioration de la pratique des généralistes requiert l'articulation des quatre types de savoir. Elle n'est pas concevable si la formation continue ne touche pas à des domaines négligés par la formation de base: efficience et coût des procédures, organisation des services, utilisation des ressources, prise en charge psychologique et sociale des patients, communication, évaluation de sa propre pratique clinique. Dans chaque domaine, une combinaison appropriée des 4 savoirs doit amener le praticien à investir un domaine jusqu'alors négligé.

2. De plus, pour qu'il y ait apprentissage de nouveaux comportements, l'enseignant doit modifier le système de représentations que l'apprenant s'est forgé de la réalité. Etudier le système de représentations d'un individu, c'est s'interroger sur le rapport de celui-ci à la connaissance et au réel. Moscovici (6) souligne que la représentation est composée de deux facettes: un volet cognitif — les liens logiques établis entre les éléments — et un volet affectif — les valeurs, émotions, sentiments rattachés au concept. Ainsi, par exemple, dans une recherche sur les résistances à la contraception, Buron a pu montrer comment le discours rationnel et procédural des formateurs ne rencontrait en aucun cas la charge affective que lui attribuait les couples qui suivaient les séances d'information.

Si le formateur veut modifier des comportements chez un apprenant, il doit associer activement celui-ci au processus d'apprentissage et introduire des «ruptures» par rapport à son fonctionnement habituel, notamment par le

recours à des méthodes pédagogiques dites actives. L'utilisation du travail en groupe est utile pour obtenir l'intériorisation d'une vision externe de ses croyances ou de sa pratique. Ainsi, on peut, dans un cours, demander à plusieurs généralistes quel traitement ils prescrivent pour un enfant de 3 ans souffrant d'une bronchite bactérienne, puis jouer de l'hétérogénéité des réponses pour faire apparaître l'utilité d'une normalisation des pratiques. L'enseignement de la santé publique à des adultes, à un niveau de maîtrise, devrait aussi être basée sur l'expérience des apprenants: il s'agit essentiellement de pouvoir atteindre un savoir pratique, qui seul permet de dépasser des performances limitées à des situations.

3. L'articulation entre les quatre types de savoir est cruciale. Un assistant médical qui pratique la chirurgie abdominale sans bases suffisantes d'anatomie et de physiologie (comme on a pu en voir beaucoup à l'époque des indépendances) — avec une théorie insuffisante — peut effectuer avec beaucoup d'habileté une césarienne mais être confronté à des problèmes insurmontables, faute d'un savoir pratique suffisant, s'il rencontre des brides opératoires, séquelles d'une intervention précédente.

Dans les pays en développement, les services de santé se sont singulièrement détériorés. Les conditions de travail rencontrés par un stagiaire dans un centre de santé ou un hôpital peuvent être telles que les procédures apprises s'avèrent être impraticables. En d'autres termes, la voie matérielle ne permet plus d'harmoniser le savoir-faire et les procédures apprises (ou la théorie).

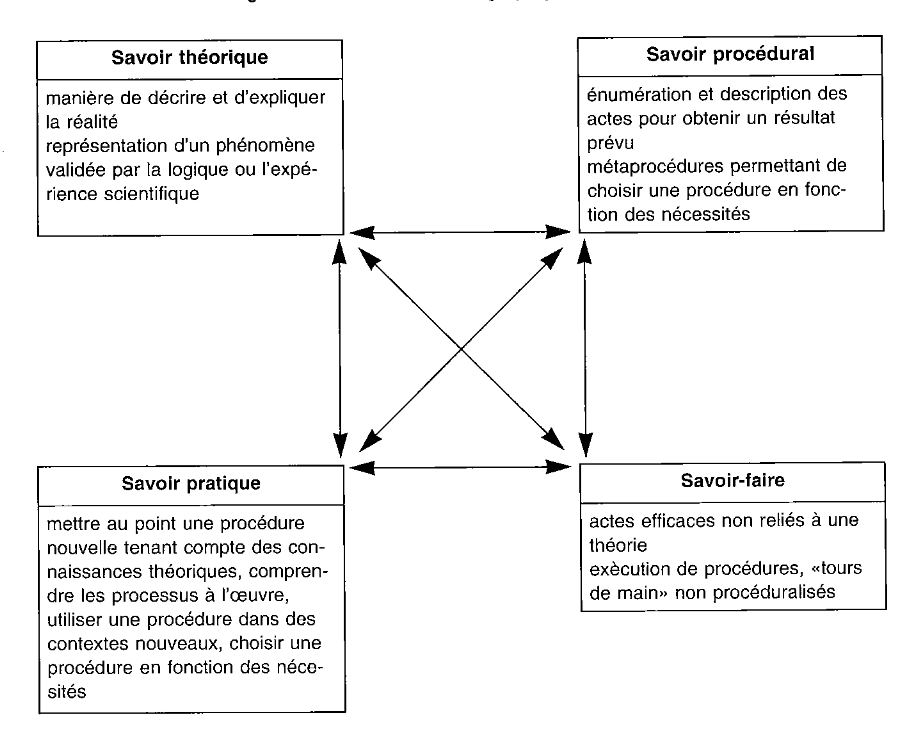
La supervision technique, à objectif de formation, facilite l'articulation entre les quatre types de savoir. Elle permet d'identifier des décisions erronées, des gestes mal exécutés, et d'en discuter avec le supervisé. Le superviseur établit alors des liens entre théorie, savoir pratique et procédure qui permettent de mettre en cause des pratiques qui ressortent de l'imitation de ce qui se fait ailleurs (à l'hôpital et non au dispensaire, en zone rurale et non en ville, par des médecins et non par des assistants médicaux, etc.).

En résumé, Malglaive propose une typologie des savoirs basée sur une classification phénoménologique, que l'on peut visualiser par le diagramme 1.

Ces connaissances ne sont donc pas à proprement parler psychologiques mais bien phénoménologiques. A la limite, elles peuvent être définies par leur caractère fonctionnel: la théorie a pour fonction de générer des **hypothèses** fructueuses et une méthodologie de l'**adaptation** du savoir opérationnel à des circonstances variables. La formalisation de ces concepts d'adaptation — le savoir pratique — correspond à la description des **stratégies** de contrôle des maladies et d'utilisation des ressources. La traduction des stratégies en **instructions** (ou procédures écrites) correspond au savoir procédural. Sa **mise en oeuvre** — grâce au savoir-faire — permet au service d'exister et au patient d'avoir accès à une activité médicale.

En médecine, on dérive trop souvent le savoir procédural de la théorie, ce qui engendre des extrapolations abusives, sans définition du domaine de validité des procédures. Ces carences montrent l'importance que devrait prendre la santé publique pour la conversion des théories en procédures.

Diagramme 1 : Le savoir en usage (d'après Malglaive).



3. Un modèle d'apprentissage

Que signifie la nécessité d'introduire des ruptures pour favoriser l'apprentissage chez l'adulte? Sur quel fondement repose cette démarche? La théorie de Piaget permet de mieux comprendre le mécanisme même de l'apprentissage. Pour cet auteur, « apprendre est une construction de la connaissance qui passe par des paliers d'équilibre succédant à des moments de déséquilibre. La séquence équilibration-déséquilibration-rééquilibration rend compte du rapport dialectique entre le sujet et le réel qu'il doit s'approprier » (1).

a. Equilibration

Face à une proposition nouvelle, l'apprenant peut établir des ponts, des liens avec des connaissances acquises antérieurement, trouver des analogies avec d'autres techniques qu'il maîtrise, bref intégrer les notions nouvelles que le formateur lui transmet sans rencontrer de difficultés majeures. Il dispose d'une organisation de la pensée, qu'on appellera les structures cognitives, qui lui permettent une double action : l'assimilation par laquelle il

incorpore l'information extérieure à des éléments conceptuels déjà connus et l'accommodation qui consiste à modifier ses schèmes de pensée en fonction des particularités qu'il vient d'assimiler. Dans ce cas, on parlera d'équilibration. Ainsi, de nombreux concepts de santé publique peuvent-ils bénéficier d'une introduction qui fait appel à des problèmes rencontrés en clinique par les apprenants. Les médecins, familiers avec ce domaine qu'ils sont censés maîtriser, visualisent alors plus rapidement la relation entre le problème formulé (par exemple de qualité des soins) et les solutions proposées (ressortant par exemple de la santé publique).

b. Déséquilibration

L'individu est capable d'accommodations, mais dans les limites imposées par les capacités de ses structures cognitives. Il peut ainsi rencontrer une information tellement inhabituelle qu'elle en devient «perturbante», par exemple un exposé au cours duquel un formateur propose une démarche thérapeutique qui remet en cause des certitudes ou des pratiques ancestrales. A ce moment, l'apprenant vit une contradiction qu'il va devoir gérer et qui peut engendrer plusieurs réactions: il l'ignore, estimant que c'est «encore une idée saugrenue du chef», mémorisant même le message s'il n'a pas le choix mais sans se l'approprier. Dans ce cas, rentré sur son terrain, il ne modifiera pas sa pratique. Il peut comprendre la proposition mais ne pas l'accepter parce que trop menaçante pour lui, et dans ce cas, utiliser toute son énergie pour la rejeter, voire même la combattre. Il aura bien compris le message mais refusera de l'appliquer dans la pratique quotidienne. Enfin, si les conditions sont réunies pour qu'il accepte la confrontation et la rupture, source de déséquilibre au niveau de son système de pensée, il va engager son énergie pour transformer ses structures cognitives.

Du point de vue de la formation des généralistes, nous avons vu qu'il peut être utile de confronter les croyances et les pratiques de plusieurs médecins afin de jouer de leur hétérogénéité pour identifier des critères larges qui justifient un changement et ébranler des certitudes, ainsi que le suggère l'exemple susmentionné des médecins qui débattent du traitement d'un enfant souffrant de bronchite aigue. En santé publique, la continuité des soins (combien d'hypertendus n'ont-ils pas arrêtés leur traitement parce qu'ils se sentaient mieux, avant de faire un accident vasculaire cérébral irréparable?), leur globalité (peut-on traiter un ulcère gastrique chez un alcoolique sans s'attaquer à son problème psychosocial?) et leur intégration (que fait la maman de l'enfant galeux, détecté par le médecin d'un programme spécialisé en consultations des nourrissons sains et référé à un médecin qui, lui, a le droit de le traiter, mais qui est extérieur à cette institution?) constituent de bons exemples de tels critères, négligés par la formation de base du médecin.

Une autre manière d'obtenir une rupture de connaissance, chez un médecin, est de l'impliquer dans une recherche opérationnelle pour vérifier une hypothèse jugée à priori iconoclaste. Des canevas d'observation qui spécifient ce que l'on doit observer à partir d'hypothèses sur les dysfonctionnements, peuvent être utiles à cet égard, les observations étant menées dans les infrastructures sanitaires où les participants travaillent. Ils apprennent

ainsi à observer des faits qui leur semblaient normaux auparavant et qui sont révélateurs de dysfonctionnements.

c. Rééquilibration

L'investissement dans la reconstruction des structures cognitives entraîne non seulement un nouvel équilibre, mais encore, bien souvent, un équilibre meilleur. Comme dit Vandenplas (7), «ces équilibrations »majorantes«, dépassements et stabilisations des formes antérieures de connaissance, corrigent et complètent les formes précédentes d'équilibre». C'est alors que notre apprenant peut tester sur le terrain et vérifier en contact avec la réalité l'apport qu'il a reçu en formation. Cette confrontation dialectique pensée-terrain dans l'action agit comme renforcement des structures cognitives.

Le cadre de référence de Piaget permet de comprendre l'importance de l'affectif dans l'apprentissage. Le changement n'est pas spontané chez l'apprenant quel qu'il soit. On ne modifie ses habitudes ou ses comportements que si on y trouve un intérêt, une motivation financière, culturelle, sociale ou autre telle que la reconnaissance, le bien-être, la satisfaction d'un travail intéressant, etc.... Plus l'apport est neuf et bouscule des acquis profondément ancrés, plus la résistance au changement est importante. Par exemple, il est probable qu'une formation aux méthodes contraceptives à l'intention d'aides soignants africains entraîne plus de blocages que le recyclage de médecins occidentalisés. De même, les apprentissages qui confèrent de l'efficacité à des méthodes non ou peu technologiques tendent à susciter des résistances chez les médecins occidentaux ou occidentalisés.

D'où la nécessité pour le formateur d'utiliser des méthodes pédagogiques dynamiques, telles que la démonstration, l'expérimentation, les moyens audiovisuels, mais aussi la participation des apprenants. Le partage d'expériences et surtout l'expression des résistances et des représentations permettent non seulement de favoriser la phase de déséquilibration, mais aussi de créer un cadre sécurisant et mobilisateur pour les participants.

Cette analyse est un des fondements de l'enseignement orienté vers la solution de problèmes (problem based learning) (8). Ce type de formation se construit à partir d'un problème rencontré par les apprenants, et qu'ils essayent de résoudre avec les connaissances dont ils disposent. En cas d'échec, ils cherchent — ou bien on leur propose — des connaissances théoriques, pratiques ou procédurales utiles pour le résoudre.

Un blocage de l'apprentissage peut également être dû à des bases théoriques carencées. S'il existe un décalage trop important entre l'apport théorique du formateur et les capacités de compréhension de l'apprenant, il est évident que l'assimilation n'est guère pensable. Le processus d'apprentissage ne peut se réaliser que si le formé dispose de structures cognitives suffisantes pour recevoir le message qui lui est transmis, par exemple, le niveau d'abstraction nécessaire pour comprendre l'exposé du formateur. C'est pourquoi, il faut insister sur l'opportunité de partir de la pratique de l'apprenant, de ses questions et de son intérêt plutôt que de celui du formateur. Développer une pédagogie interactive action-réflexion risque d'être plus rentable que l'enseignement en salle de cours.

La fonction sociale d'une action de formation

L'action de formation ne se déroule pas dans un univers clos, tant le formateur, le formé que l'institution de formation sont situés dans un environnement humain et s'inscrivent dans une histoire. A l'aide de la grille élaborée par Marcel Lesne (9) et des travaux de Jacques Piveteau (10), nous allons tenter de caractériser une action de formation par rapport aux effets sociaux qu'elle produit. Lesne définit un mode de travail pédagogique comme une démarche (9), c'est-à-dire l'ensemble des opérations accomplies pour réaliser l'action de formation. Lesne distingue trois modes de travail pédagogiques : transmissif à orientation normative, incitatif à orientation personnelle et appropriatif centré sur l'insertion sociale. Chaque mode entraîne des conséquences différentes au niveau de l'implication des acteurs, qu'ils soient commanditaire de l'action de formation, formateur ou formé.

Ces modes n'existent pas à l'état pur dans la réalité; il s'agit d'une typologie construite à partir d'indicateurs pour mieux saisir le sens des actes pédagogiques. Aucun n'est préférentiel à l'autre. Ils peuvent être complémentaires et chacun d'entr'eux répond à des objectifs propres.

a. Le mode transmissif

Les activités de formation de ce mode visent à «produire» des individus selon un certain modèle; elles préparent les formés à jouer un certain rôle et se conformer à des comportements préétablis. A partir d'une analyse des besoins de l'organisation, le formateur transmet un savoir théorique et procédural, présenté comme un contenu objectif, qu'il organise puisqu'il en est le garant et dont il contrôle l'acquisition. L'apprenant peut être considéré comme «objet» de la formation dans la mesure où il accepte d'être «modelé» pour exercer avec plus de pertinence la fonction qu'on lui assigne. Les exemples de ce mode ne manquent pas : ils constituent la majorité des formations, depuis l'enseignement universitaire jusqu'aux séminaires, en vogue dans les pays en développement, qui enseignent par exemple les instructions du programme de contrôle des diarrhées ou de la tuberculose.

Les étudiants en médecine acceptent implicitement l'ensemble du programme et les régles de formation de leur faculté. Le bureau de la faculté demande au formateur de rendre les étudiants plus aptes à remplir leur mission de médecin selon des objectifs qui peuvent être très variables d'une université à l'autre. Le formateur, considéré comme spécialiste, propose un programme dont il pense que le contenu va permettre de réaliser le contrat qu'il a avec l'université. Même s'il associe les étudiants au processus par des exercices et des techniques actives, ceux-ci ne sont pas nécessairement demandeurs et ont peu d'intérêt à refuser!

b. Le mode incitatif

Les activités reprises dans ce mode visent à aider le formé à s'adapter lui-même, de façon volontaire, à son environnement. L'accent porte sur son autonomie et le but est de l'amener à devenir acteur responsable de son évolution. Dans ce cas, le formateur devient un «animateur» qui crée les conditions pour favoriser l'expression des besoins et libérer l'énergie pour acquérir le savoir. Il ne détient pas seul ce savoir, et il utilise son expertise

pour mettre en place certaines modalités de cogestion ou d'autogestion des groupes. L'apprenant devient «sujet» de sa formation et en contrôle l'évaluation. Dans la pratique, l'intervenant centré sur le groupe et les interactions entre les participants va proposer des techniques pédagogiques pour aider ceux-ci à «reconstruire» le savoir à partir de leurs expériences professionnelles. En santé, l'enseignement de l'audit médical à une équipe hospitalière correspond à ce cas de figure: il s'agit d'un outil d'auto-évaluation qui permet à une équipe d'améliorer ses performances cliniques et d'entreprendre des réorganisations permettant une meilleure prise en charge du cas analysé.

c. Le mode appropriatif

Les activités regroupées sous ce mode favorisent le perfectionnement de l'apprenant dans le but d'agir et de transformer son environnement. Inséré dans un milieu social bien défini, l'apprenant et ses collègues en formation acquièrent la capacité de modifier les conditions d'exercice de leurs activités quotidiennes. La réalisation de cette démarche suppose d'une part, la combinaison des quatre types de savoir selon Malglaive et d'autre part, la critique de leur mode d'appropriation. En effet, dans cette perspective, on part de l'hypothèse que le savoir, même scientifique, n'est pas «neutre» mais situé dans un contexte bien défini. Dés lors, on prend en compte à la fois les situations réelles de la vie quotidienne et les conditions de production du savoir, ce qui permet d'arriver à la réalisation d'un savoir pratique.

Dans ce cas, le formateur n'est pas le seul détenteur du savoir et les apprenants deviennent «agents» de leur formation en même temps qu'ils agissent socialement. En d'autres termes, ils disposent des outils pour maîtriser les problèmes auxquels ils sont quotidiennement confrontés mais connaissent aussi la manière dont se construit la théorie pour les résoudre. Enfin, à partir de l'évaluation de leur rapport au formateur et aux conditions de formation, ils expérimentent également l'analyse des relations de pouvoir au sein d'une organisation.

La formation des membres d'une équipe-cadre de district en organisation des services de santé s'adresse à plusieurs partenaires impliqués dans le processus, à savoir, la direction de l'hôpital, administrative et médicale, des médecins expérimentés du premier et second échelon des services de santé, et, disons, le responsable des soins infirmiers, pour définir avec eux les résultats à atteindre au terme de la formation. Cette définition des objectifs va nécessiter l'analyse des conditions de travail du chef de service, de sa mission, de ses relations avec les autres partenaires de l'hôpital ou du centre de santé (soignants et patients), bref, l'évaluation des modifications du contexte en fonction des buts du système. C'est ce groupe de pilotage, l'équipe-cadre de district, qui assurera la supervision et l'évaluation des actions qui seront entreprises. L'expérience de Thiés, dont on a parlé précédemment, a été conçue comme un pari stratégique de ce type.

L'expérience apprend qu'une demande initiale évolue souvent à partir de la première rencontre. Le processus relevant du mode appropriatif comprend donc généralement des modules de formation entrecoupés de phases d'expérimentation pour aboutir à des propositions de modifications de structures ou de fonctionnement au sein du système de santé.

REFERENCES

1. Donnay J: Comprendre des situations de formation. Bruxelles, De Boeck, 1990, p. 70.
2. Unger JP, Daveloose P, Bâ A, Toure Sene NN, Mercenier P: Senegal makes a move towards the goals of Alma Ata by stimulating its health districts. World Health Forum 1989, **10**, 456-463.
3. Balint M: The doctor, his patient and the illness. London, Pitman, 1957.
4. Van Lerberghe W, Lafort Y: The role of the hospital in the district. Geneva, World Health Organization, 1992 (SHS Paper, 2).
5. Malglaive G: Enseigner à des adultes. Paris, Presses Universitaires de France, 1990.
6. Moscovici S: in Herzlich. La santé et la maladie; analyse d'une représentation sociale. Paris, Mouton, 1969.
7. Vandenplas: Théories du développement social. Paris, Presses Universitaires de France,
8. Schmidt HG: Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. Med Educ, 1993, **27**, 422-432.
9. Lesne M: Travail pédagogique et formation d'adultes. Paris, Presses Universitaires de France, 1977.
10. Noye D, Piveteau J: Guide pratique du formateur. Paris, INSEP, 1985.